Jutta Beier
Monika Bodin
Wilhelm Bazak
Karl-Heinz Fichtner
Holger Schwarze

Jahrbuch
der Pflege- und Gesundheitsfachberufe 1997

ISBN 3-928537-24-5
1. Auflage 1997

Verlag für Medizin und Technik, Reinbek

Printed in Germany
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

LAU-Ausbildungssysteme GmbH

6

Elke Vogel

Kritische Überlegungen zum Pflegeprozeß

Jutta Beier
Monika Bodin
Wilhelm Bazak
Karl-Heinz Fichtner
Holger Schwarze

Jahrbuch

der Pflege- und Gesundheitsfachberufe 1997

ISBN 3-928537-24-5
1. Auflage 1997

Verlag für Medizin und Technik, Reinbek

Printed in Germany
Gedruckt auf chlorfrei gebleichtem Papier

LAU-Ausbildungssysteme GmbH

6

Elke Vogel

Kritische Überlegungen zum Pflegeprozeß

Inhalt

1 Beschreibung des Untersuchungsablaufs 217
1.1 Einführung 217
1.2 Untersuchte Fragen 218
1.3 Methodisches Vorgehen 218

2 Ergebnisse der theoretischen Problemanalyse 219
2.1 Einführung 219
2.2 Gesetzliche Vorgaben 220
2.3 Der Pflegeprozeß 221
2.3.1 Zusammenschau: Definitionen des Pflegeprozesses in der aktuellen Fachliteratur 221
2.3.2 Analyse der Definitionen 222
2.3.3 Kritik an Pflegeprozeß und Problemlösungsprozeß 223
2.3.4 Begriffliche Einordnung des Pflegeprozesses 226

3 Versuch einer Neudefinition des Pflegeprozesses in Anlehnung an den pädagogischen Prozeß 228
3.1 Begründung 228
3.2 Der Pflegeprozeß 228
3.2.1 Ein Definitionsvorschlag 228
3.2.2 Die pflegerische Situation 229
3.2.2.1 Einführung 229
3.2.2.2 Bestimmungsgrößen der pflegerischen Situation 229
3.2.2.2.1 Formelle Bestimmungsgrößen der pflegerischen Situation 229
3.2.2.2.2 Individuelle Bestimmungsgrößen der pflegerischen Situation 230
3.2.3 Pflegerisches Handeln in Situationen 232
3.2.3.1 Dimensionen pflegerischen Handelns 232
3.2.3.2 Methoden pflegerischen Handelns 234

4 Ausblick 237
4.1 Auswirkungen des Definitionsvorschlags auf Pflegepraxis und -management 237
4.2 Auswirkungen des Definitionsvorschlags auf Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege 239
4.3 Auswirkungen des Definitionsvorschlags auf die Pflegewissenschaft und -forschung 240

5 Zusammenfassung und Schlußbemerkung 241

6 Literatur- und Quellennachweis 243

1 Beschreibung des Untersuchungsablaufs

1.1 Einführung

Seit meiner Ausbildung zur Krankenschwester habe ich in verschiedenen Krankenhäusern gearbeitet und stets Kontakt zu Kollegen aus anderen Häusern gehabt. Wenn wir uns über berufliche Fragen unterhielten, kamen wir früher oder später immer auf den Pflegeprozeß zu sprechen.

In all diesen Gesprächen habe ich von meinen KollegInnen „an der Basis" wenig Positives zum Pflegeprozeß gehört. Die Statements reichten von totaler Ablehnung bis zu einer Art resignativer Zustimmung im Sinne von: "Es ist halt vorgeschrieben, also was kann man da schon machen?" Gelobt und für dringend erforderlich gehalten wurde er nach meinen persönlichen Erfahrungen stets nur von Personen aus Management und Lehre.

Diese unterschiedliche Auffassung hat mich sehr irritiert, auch weil ich mir nicht erklären konnte, wodurch diese massive Ablehnung einerseits und die Begeisterungsstürme andererseits ausgelöst wurden.

Weiter trug zu meiner Irritation bei, daß ich Kolleginnen kennenlernte, die ohne Pflegeprozeß ganz offensichtlich wesentlich bessere Pflege leisteten als manch andere, die sich überwiegend auf ihn stützten. Wenn ich sie fragte, warum sie den Pflegeprozeß nicht anwendeten, bekam ich oft Antworten wie:

- "Ach, was soll das, wenn jeder seine Pflicht tut, sind auch alle Patienten zufrieden."
- "Ich bin Krankenschwester und nicht Bürogehilfin!"
- "Einer Krankenschwester, die nicht erkennt, wann welche Prophylaxen bei einem Patienten nötig sind, ist auch mit dem Pflegeprozeß nicht zu helfen."

Diese Bemerkungen spiegeln eine innere Unzufriedenheit und eine fehlende Einsicht in Notwendigkeit und Sinn der Anwendung des Pflegeprozesses. In allen mir bekannten Häusern wurde und wird der Schwerpunkt innerhalb des Pflegeprozesses auf den Anteil der Pflegeplanung gelegt. Evaluation fand und findet so gut wie gar nicht statt und der anamnestische Teil nur sehr eingeschränkt. Vielleicht liegt in dieser Verkürzung der Grund dafür, daß viele Pflegende den Pflegeprozeß für identisch mit der Pflegeplanung halten (vergl.: Elsner, 1995; Rath & Biesenthal, 1994; Höhmann, 1994; Wittneben, 1988).

Auch der Patient wurde und wird nach meiner Erfahrung so gut wie gar nicht aktiv am Pflegeprozeß beteiligt. Er liefert, überspitzt formuliert, nur die vom Pflegepersonal für nötig gehaltenen Informationen und muß dann die vom Pflegepersonal ohne ihn geplante Pflege über sich ergehen lassen.

Neben diesen praktischen Anstößen bietet auch die einschlägige Fachliteratur genügend Anlaß, den Pflegeprozeß zu hinterfragen: Es herrscht ein ziemlich großes „Durcheinander". Pflegeplanung wird mit Pflegeprozeß verwechselt oder gar gleichgesetzt, und der Problemlösungsprozeß wird mit dem Pflegeprozeß verwechselt oder mehr oder weniger bewußt vermischt.

Ein anderer Stein des Anstoßes war und ist für mich, daß der Problemlösungsprozeß per definitionem völlig wertneutral (wert-los) zu sein scheint.

Man kann damit die Pflege genausogut maximal funktionsorientiert (vergl.: Krohwinkel,1993, S. 18), maximal patientenorientiert oder maximal personalorientiert organisieren, d. h. dem willkürlichen Gebrauch sind schon in der Anlage Tür und Tor geöffnet.

Deshalb versuche ich mit dieser Arbeit, die Betrachtung des Pflegeprozesses im herkömmlichen Sinne um eine neue und umfassendere Sichtweise zu ergänzen. Der Pflegeprozeß als Handlungsabfolge soll durch eine Pflegeprozeß-Definition abgelöst werden, die herausstreicht, daß der Pflegeprozeß ein dynamisches Geschehen ist, das – wenn immer möglich – von Patient und Pflegenden gemeinsam gestaltet werden muß.

Diese Sichtweise des Pflegeprozesses als dynamisches Geschehen wird in Anlehnung an den pädagogischen Prozeß entwickelt, weil dieser meines Erachtens der Arbeitsrealität von Pflegenden besser Rechnung trägt.

1.2 Untersuchte Fragen

Um diese Definition zu erreichen, ist die Beantwortung folgender Fragen notwendig:

1. Schreibt der Gesetzgeber die Anwendung des Pflegeprozesses zwingend vor oder gibt es diesbezüglich noch Interpretationsspielräume?
2. Gibt es in der deutschsprachigen Fachliteratur eine prinzipiell einheitliche Definition des Begriffs Pflegeprozeß?
3. Welche Gründe gibt es, die gängigen Definitionen des Pflegeprozesses kritisch zu hinterfragen?
4. Ob und wie werden die Definitionen in einen übergeordneten begrifflichen Rahmen eingefügt?
5. Ist dieser übergeordnete begriffliche Rahmen geeignet oder sollte er verändert werden?
6. Inwiefern ist der pädagogische Prozeß als Vergleichsgröße zum Pflegeprozeß geeignet?
7. Wie soll die neue Definition des Pflegeprozesses im Vergleich zum pädagogischen Prozeß lauten?
8. Welche Bedeutung hat der Begriff der pflegerischen Situation für den Definitionsversuch und wie wird er definiert?
9. Was ist in diesem Zusammenhang pflegerisches Handeln?
10. Welche Konsequenzen ergeben sich aus dieser neuen Definition für die Pflegepraxis, die Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Pflegewissenschaft und -forschung?

1.3 Methodisches Vorgehen

Zunächst werden die einschlägigen Gesetzestexte bezüglich ihrer Aussagen zum Pflegeprozeß analysiert. Daran anschließend habe ich die Definitionen des Pflegeprozesses und deren jeweilige begriffliche Einordnung in der aktuellen

deutschsprachigen Fachliteratur zusammengestellt, vergleichend analysiert und kritisch kommentiert. Die dabei gewonnenen Erkenntnisse dienen als Basis, um eine neue Definition des Pflegeprozesses zu formulieren. Diese Neudefinition wird aus der handlungsorientierten Didaktik, wie Hilbert Meyer (1988) sie vertritt, abgeleitet. Im Anschluß an die Ableitung des Begriffs Pflegeprozeß aus dem Begriff des pädagogischen Prozesses wird die Situation als Schlüsselbegriff der Definition erläutert. Abschließend werden als Ausblick einige Konsequenzen vorgestellt, die diese Neudefinition für die Pflegepraxis, die Aus-, Fort- und Weiterbildung und die Pflegewissenschaft und -forschung mit sich bringen könnten.

2 Ergebnisse der theoretischen Problemanalyse

2.1 Einführung

Needham stellte bereits 1990 in seiner Untersuchung zum Pflegeprozeß fest, daß es *„höchst zweifelhaft [ist]*, daß wenn Pflegepersonen vom Pflegeprozeß sprechen, überall dasselbe verstanden wird." Er schlägt deshalb vor, eine Übersicht über die verschiedenen Definitionen von Pflegeprozeß zusammenzustellen und vermutet, daß es nicht *"den Pflegeprozeß"*, sondern *"die Pflegeprozesse"* gibt.

Auch für meine Arbeit ist es von entscheidender Bedeutung, ob die Literatur eine gemeinsame, einheitliche Definition des Pflegeprozesses vorgibt. Die entscheidende Frage ist, ob Pflegende die Aussagen der Literatur falsch aufgenommen haben, oder ob bereits die Literatur widersprüchliche Aussagen macht.

Die Anzahl der Fachartikel zu diesem Thema ist schier unübersehbar. Deshalb ist es am sinnvollsten, sich zunächst mit den Pflegeprozeß-Definitionen zu beschäftigen, wie sie in der Fachliteratur erscheinen. Die Auswahl der Fachbücher richtet sich dabei ausschließlich nach der Zugänglichkeit dieser Quellen (z. B. direkt auf den einzelnen Stationen vorhanden, häufig in der Ausbildung von Pflegekräften eingesetzt), weil ich davon ausgehe, daß das Wissen, das in der pflegerischen Praxis vorzufinden ist, überwiegend aus diesen Büchern stammt.

Bei der Beleuchtung aller pflegerelevanter Gesetzestexte hinsichtlich ihrer Aussagen zum Pflegeprozeß muß man sich darüber im klaren sein, daß es zu jedem Gesetz Ausführungsbestimmungen der verschiedenen, betroffenen Ebenen gibt, in denen unter Umständen Angaben zur Verwendung des Pflegeprozesses gegeben werden. Diese werden bewußt nicht untersucht, weil sie letztendlich schon einen Kommentar zum Original-Gesetzestext darstellen; aus denselben Gründen wird auch auf die Auslegungen seitens der Rechtsprechung nicht eingegangen.

2.2 Gesetzliche Vorgaben

Die Anwendung des Pflegeprozesses ist vom Gesetzgeber nicht verbindlich und unmißverständlich vorgeschrieben; zu diesem Ergebnis kommt man, wenn man die derzeit gültigen Gesetze einmal genauer betrachtet.

Das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (**Krankenpflegegesetz** – KrPflG) macht nur eine Aussage zur Pflegeplanung. § 4 (1) 1. besagt, daß die Ausbildung insbesondere auf „die sach- und fachkundige, umfassende, geplante Pflege des Patienten" gerichtet sein soll. Der Begriff Pflegeprozeß selbst wird im KrPflG nicht verwendet.

Die **Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege** (KrPflAPrV) enthält zwei entscheidende Stellen:

§ 14 (1)

„Der Prüfling übernimmt im Stationsablauf die pflegerische Versorgung der Patienten einschließlich der Pflegeplanung, der verwaltungsmäßigen Abwicklung und der zur Durchführung der Pflege erforderlichen Übergabe."

Es wird nicht explizit verlangt, daß die Pflegeplanung mittels des Pflegeprozesses zu erfolgen hat.

Anlage 1 zu § 1 (1)

In dieser Auflistung der vorgeschriebenen Ausbildungsinhalte erscheint der Begriff des Pflegeprozesses erstmals explizit unter:

Krankenpflege; 8.8 Organisation der Pflegearbeit; 8.8.1 Aufstellen von Pflegeplänen; Anwenden des Krankenpflegeprozesses".

Auch hier findet keine wirkliche Verknüpfung des Pflegeprozesses mit der Pflegeplanung statt, sondern die beiden Begriffe stehen scheinbar zusammenhanglos und durch einen Strichpunkt getrennt. Zusätzlich fällt auf, daß er erst an achter von insgesamt elf Stellen innerhalb der Krankenpflege erscheint und daß er vom Gesetzgeber augenscheinlich als eine bzw. die Form der Arbeitsorganisation in der Pflege gesehen wird.

Im Artikel 13 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (**Gesundheitsstrukturgesetz**), der die Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (**Pflege-Personalregelung/PPR**) enthält, suchen wir ebenfalls vergeblich nach Angaben zum Pflegeprozeß. Als Ziel der PPR wird in § 1 (3) u. a. die Orientierung an einem „ganzheitlichen Pflegekonzept" vorgeschrieben, aber nicht gesagt, auf welchen Wegen diese Ganzheitlichkeit erreicht werden soll bzw. was darunter zu verstehen ist.

Das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (**Pflege-Versicherungsgesetz**) enthält keinerlei Aussagen zum Pflegeprozeß. Es wird lediglich an verschiedenen Stellen (z. B. indirekt: § 80, direkt: §§ 104 u. 105) die Dokumentationspflicht der Leistungserbringer betont, dabei werden nur Vorschriften bezüglich der Maschinenlesbarkeit und der Inhalte der Dokumentation gemacht. Es ist nicht vorgeschrieben, mit der Dokumentation dem Pflegeprozeß zu folgen.

2.3 Der Pflegeprozeß

2.3.1 Zusammenschau: Definitionen des Pflegeprozesses in der aktuellen Fachliteratur

Die Rubrik *Schwerpunkte der Definition* listet die Begriffe auf, zu denen die jeweilige Definition hauptsächlich Aussagen trifft. *Ziel des Pflegeprozesses* erfaßt eindeutig dem Pflegeprozeß zugeordnete und nicht allgemeine Pflegeziele. Unter *Begrifflicher Einordnung* ist die Zuordnung unter einen Oberbegriff durch die Autoren selbst zu verstehen. Alle wörtlich übernommenen Zitate sind kursiv gedruckt.

Autor(en)	Schwerpunkte der Definiton	Ziel des Pflegeprozesses	Begriffliche Einordnung
Fiechter / Meier, 1990, S. 27 und S. 30	– Problem – Beziehung – Entscheidung – phasenhafter Handlungsablauf	– Problemlösung – *Der Krankenpflegeprozeß hat zum Ziel, auf systematische Art und Weise dem Bedürfnis des Patienten nach pflegerischer Betreuung zu ent sprechen.* (S. 30)	– keine Angaben
Heath / Law, 1991, S.9	– phasenhafter Handlungsablauf	– ganzheitliche Pflege	*Prozeß bedeutet... eine geordnete Arbeitsweise.* – Methode (S.10)
Juchli, 1995, S. 67	– Problem – Beziehung – Entscheidung – phasenhafter Handlungsablauf	– keine Angaben	(-Instrument)
Krohwinkel, 1993, S. 28 ff	– Problem – Beziehung – phasenhafter Handlungsablauf	– keine Angaben	*Für die Studie ist das Phasenmodell der WHO..... übernommen worden.*
Liebsch, 1992, S. 24 ff, in: Kohlhammer	– phasenhafter Handlungsablauf	– keine Angaben	– keine Angaben
Mischo-Kelling, 1989, S. 2, 3	– phasenhafter Handlungsablauf	Arbeitsorganisation – *die Wiederherstellung und Beibehaltung des Wohlbefindens des Patienten*	– Methode – Modell
Müller, 1986, S. 16 f	– Problem – phasenhafter Handlungsablauf	– Gesundheit	– Methode

Autor(en)	Schwerpunkte der Definiton	Ziel des Pflegeprozesses	Begriffliche Einordnung
Roper / Logan / Tierney, 1987	– phasenhafter Handlungsablauf	– individuelle Krankenpflege	– Methode
Snowley / Nicklin / Birch, 1992, S. 108 f	– Problem – phasenhafter Handlungsablauf	– Problemlösung	– keine Angaben

2.3.2 *Analyse der Definitionen*

Die Gegenüberstellung dieser neun Begriffsdefinitionen macht deutlich:

- Es gibt keine einheitliche Begriffsdefinition – ein Zeichen dafür, daß ein gemeinsamer begrifflicher Rahmen fehlt, in dem sich Pflegepraktiker und Pflegetheoretiker bewegen können.
- Der kleinste gemeinsame Nenner aller Aussagen: Der Pflegeprozeß besteht aus mehreren aufeinanderfolgenden Schritten, wobei die Anzahl der Schritte allerdings verschieden angegeben wird (4 – 7).
- Als Definitionsschwerpunkte ergeben sich „Entscheidung" 2mal, „Beziehung" 3mal, „Problem" 5mal und „phasenhafter Handlungsablauf" 9mal. Dabei bleibt in den Definitionen unklar, was entschieden, wie die Beziehung gestaltet und welches Problem wie gelöst werden soll.
- Das Ziel des Pflegeprozesses wird von den verschiedenen Autoren, wenn überhaupt, ebenfalls völlig unterschiedlich gesehen.
- Drei Autoren ordnen den Pflegeprozeß nicht in einen größeren Begriffsrahmen ein; die übrigen tun dies uneinheitlich. Sie sehen den Pflegeprozeß entweder als Arbeitsweise (einmal), als Modell (2mal) oder als Methode (4mal). Juchli bezeichnet den Problemlösungsprozeß innerhalb des Pflegeprozesses als Instrument.
- In den Definitionen werden verhältnismäßig oft (je 5mal) die Adjektive „logisch" bzw. „systematisch" verwendet. Das Adjektiv „dynamisch" erscheint hingegen nur einmal.
- Fiechter & Meier, Juchli, Krohwinkel, Müller und Snowley, Nicklin & Birch verwechseln bzw. vermischen bereits in ihrer Definition den Pflegeprozeß mit dem Problemlösungsprozeß. Pflege- und Problemlösungsprozeß unterscheiden sich aber prinzipiell voneinander (vergl.: Barnum, 1994, S. 160 f).
- Eine Definition (Fiechter & Meier) widerspricht sich selbst, indem sie den Pflegeprozeß mit der Pflegeplanung gleichsetzt.
- Die Rolle des Patienten bleibt in den Definitionen weitgehend im dunkeln.

Derart große Unterschiede zwischen den Definitionen zum Pflegeprozeß in Verbindung mit den aufgezeigten Mängeln und Ungereimtheiten der einzelnen Definitionen verlangen nach einer kritischen Auseinandersetzung mit diesem Begriff.

2.3.3 Kritik an „Pflegeprozeß“ und „Problemlösungsprozeß“

In diesem „definitorischen Chaos“ könnte eine der Ursachen für die Probleme bei der praktischen Umsetzung des Pflege- und/oder des Problemlösungsprozesses liegen: Bei einer derartigen Begriffsverwirrung können Mißverständnisse nicht ausbleiben. Wenn sich nämlich schon die Theoretiker nicht auf eine gemeinsame Begrifflichkeit einigen können, wie sollen die Kollegen an der Basis sich in dem Begriffswirrwarr zurechtfinden? Wie sollen sie den Patienten „individuelle Pflege“ zukommen lassen, wenn jedes Teammitglied seine ganz eigenen Vorstellungen davon haben kann, was den Pflegeprozeß ausmacht? Wie sollen sie den Patienten „ganzheitlich wahrnehmen und pflegen“, wenn sie ihn dazu zunächst „logisch und systematisch“ betrachten müssen? Soll diese Betrachtung sich an ATLs, AEDLs, Körperfunktionen, Problemen, die der Patient sieht, Problemen, die das Pflegepersonal sieht oder an ganz anderen Kriterien orientieren?

Wer legt ggfs. diese Kriterien fest, und welches ist im Einzelfall das wichtigste Kriterium? Wie sollen die Pflegenden wissen, ob sie Probleme lösen (Problemlösungsprozeß) oder Pflegeziele erreichen (Pflegeprozeß) sollen? Die Antworten auf diese praxisrelevanten Fragen werden durch die ausgewählten Definitionen nicht gegeben.

Einige Autoren (z. B. Mischo-Kelling, 1989, S. 5; Roper, Logan & Tierney 1987, S. 130; Krohwinkel, 1993, S. 18; Elsner, 1995) allerdings haben dieses Defizit erkannt und erklärt, daß es nötig sei, den Pflegeprozeß in der Anwendung mit einem Pflegemodell zu verknüpfen, denn

> *„ ... ohne theoretischen Bezugsrahmen wird der Pflegeprozeß zum inhaltsleeren Instrument und kann die mit ihm verknüpften Erwartungen nicht erfüllen.“*
>
> (Mischo-Kelling, 1989, S.5)

Erst die Integration des Pflegeprozesses in ein Pflegemodell würde demnach den Pflegenden Auskunft darüber geben, wie die einzelnen Schritte mit Inhalt gefüllt werden sollten. Ob auch der Problemlösungsprozeß mit einem Modell verknüpft werden soll, wird von diesen Autoren nicht gesagt, scheint aber sinnvoll, denn das, was von Pflegenden als Problem erkannt wird, hängt maßgeblich von deren Welt- und Menschenbild und somit deren Pflegeverständnis ab (vergl.: Mischo-Kelling, 1989, S. 4 f; allerdings verwechselt sie in diesem Beispiel Pflegeprozeß mit Problemlösungsprozeß).

Die Pflegeprozeß-Definitionen geben also nur die Struktur, nicht aber den Inhalt der Pflege vor. Dem entspricht, daß die Autoren lediglich die Frage nach der Struktur des Pflegeprozesses relativ einheitlich beantworten; sie gehen alle davon aus, daß der Pflegeprozeß in linear aufeinanderfolgenden Phasen abläuft. Man kann also sagen, daß es sich beim Pflegeprozeß, so wie er hier definiert wird, um einen Handlungs-Algorithmus handelt.

Als Handlungs-Algorithmus wird hier die lineare Abfolge bestimmter Handlungen verstanden, wobei diese Abfolge nicht willkürlich festgesetzt wird, sondern der zugrundeliegenden Logik der betreffenden Handlungen folgt.

Der Vorteil derartiger Handlungs-Algorithmen liegt darin, daß Pflegepersonal mit identischem Wissensstand bei strikter Befolgung der Anweisungen zu immer gleichen Ergebnissen kommt (vergl.: Barnum, 1994, S. 153). Dies kann aber selbst im Idealfall nur dann geschehen, wenn die Anweisungen sehr detailliert formuliert werden.

Je detaillierter aber die Anweisungen werden, desto mehr schränken sie Entscheidungs- und Handlungsfreiräume von Patienten und Pflegenden ein. Polemisierend könnte man vermuten, die Vertreter der Meinung, daß nur die Anwendung des Pflegeprozesses befriedigende Pflege gewährleistet, hielten die Pflegenden offensichtlich des selbständigen und kreativen Denkens für unfähig (vergl.: Hardy & Engel, 1987, in: Needham, 1990).

Aber auch die phasenhafte Struktur des Pflegeprozesses ist lt. Benner an sich schon kritikwürdig:

> *„Anzunehmen, man könnte die Krankenpflege in all ihren Aspekten Schritt für Schritt erfassen, hieße anzunehmen, daß sie ihrem Wesen nach prozeßhaft und nicht ganzheitlich wäre."*
>
> (1994, S.61)

Der Pflegeprozeß schreibt Pflegenden ein starres Denken in aufeinanderfolgenden Schritten vor und verhindert damit geradezu absichtlich das ganzheitliche Erfassen von Situationen, das aber für Patienten unter Umständen überlebenswichtig sein kann. Dreyfuß definiert „holistic similarity recognition", also das ganzheitliche Wiedererkennen von Ähnlichkeiten als "intuitive Fähigkeit, bestimmte Muster zu erkennen, ohne sie in ihre Einzelteile zerlegen zu müssen" (1986, S. 28, nicht autorisierte Übersetzung).

Jede Krankenschwester mit einiger Berufserfahrung wird sich an Situationen erinnern können, bei denen sie sofort intuitiv („Intuition ist das Produkt aus einem tiefen situativen Betroffensein und dem Wiedererkennen von Ähnlichkeiten" - Dreyfus, 1986, S. 29, nicht autorisierte Übersetzung) wußte, „hier stimmt etwas nicht", ohne daß es dafür einen objektivierbaren Grund gab. Wäre sie dann dem Pflegeprozeß oder auch dem Problemlösungsprozeß konsequent gefolgt, hätte das mit ziemlicher Sicherheit Nachteile für den Patienten gebracht. Mit dem Pflegeprozeß wäre sie schon in der Anamnese-Phase gescheitert, hätte also keine Diagnose finden oder gar eine Maßnahme aus der Diagnose ableiten können; nach dem Problemlösungsprozeß, hätte sie, streng logisch abgeleitet, das Problem für nicht existent erklären müssen.

Der dritte Grund, den Pflegeprozeß kritisch zu hinterfragen, liegt in der Stellung bzw. „Nicht-Stellung" des Patienten innerhalb des Pflegeprozesses. Der Patient spielt in allen vorgelegten Definitionen eine eher untergeordnete Rolle; wenn er überhaupt erwähnt wird, dann tritt er als Objekt der Pflege in Erscheinung. Lediglich Juchli (S. 67), Roper, Logan & Tierney (1987, S. 131), Snowley, Nicklin & Birch (1995, S. 110) und Mischo-Kelling (1989, S. 17) fordern ausdrücklich eine möglichst aktive Beteiligung des Patienten. Dabei wird diese Forderung außer von Juchli von allen o. g. Autoren erst in der Erläuterung der gegebenen Definition erhoben, ist aber nicht selbst Bestandteil der jeweiligen Definitionen.

Krohwinkel (1993, S. 32) spricht nur im Evaluationsprozeß von einer Patientenbeteiligung, wogegen Fiechter & Meier (1981, S. 21) den Patienten und seine Angehörigen lediglich bei der Aufstellung individueller Ziele einbeziehen. Müller betont zwar einleitend (1986, S. 12), daß der Patient „nicht bloß passiver Pflegeempfänger" ist, aber der weitere Text beschreibt den Patienten überwiegend als Objekt (z. B. : "Nach der Einweisung auf die Station wird dem Patienten in der Regel eine kurze Ruhepause gewährt." S. 25).

Diese „Objektivität" ist nach Barnum eins der Kriterien, die den Pflegeprozeß gegen den Problemlösungsprozeß abgrenzen:

> *„Der Pflegeprozeß ... ist vom Persönlichen abstrahiert. Wenn die Regeln und Prozesse akkurat befolgt werden, sollte jede Krankenschwester die selben Schlüsse ziehen, dieselben Ziele setzen, dieselben Maßnahmen auswählen."*

Weiter:

> *„Der Pflegeprozeß ... folgt einer unveränderlichen Sequenz, in der die Diagnose aus der Informationssammlung abgeleitet wird und jeder folgende Schritt aus dem vorangegangenen folgt. Diese unveränderliche Sequenz wird nie verändert. Diagnosen z. B. werden aus der Informationssammlung abgeleitet; Maßnahmen werden aus den gesetzten Zielen abgeleitet."*
>
> (1994, S. 60, nicht autorisierte Übersetzung)

Ganz besonders kraß kommt diese untergeordnete Patientenrolle in dem Wort „Prozeßpflege" (vergl.: Krohwinkel, 1993) zum Ausdruck. Bei böswilliger Interpretation könnte „Prozeßpflege" nämlich als Pflege des Prozesses anstatt als gemeinsame (Patient, Pflegeperson u. a.) Gestaltung des Pflegeprozesses aufgefaßt werden. Niemand wird der Autorin unterstellen wollen, sie hielte die Patienten für eine Art Störfaktor ihrer Arbeit; ihre sprachliche Ungenauigkeit an dieser Stellte verwundert um so mehr.

Auch der Problemlösungsprozeß geht in der Problemidentifikation lt. Barnum lediglich von der Wahrnehmung der Pflegenden und nicht von der Wahrnehmung der Patienten aus; als Problem gilt also nur das, was die Pflegenden erkennen bzw. dafür halten.

Als vierter Punkt wird nun die Frage nach der Notwendigkeit eines spezifischen, theoretischen Wissens zur Anwendung der beiden Prozesse behandelt.

Die Feststellung scheint berechtigt, daß eine mehrschrittige Vorgehensweise im Problemlösungsprozeß ein Allgemeinplatz ist. Jede Hausfrau, die mittags für ihre Familie kocht, durchläuft in Gedanken exakt dieselben Schritte (vergl.: Fiechter & Meier, 1992, S. 27). Diese Vorgehensweise ist in der Pflege keineswegs neu. Niemand wird Krankenschwestern früherer Generationen unterstellen, daß sie ihr Handeln nicht in irgendeiner Weise geplant haben. Sie haben auch früher schon überlegt, was sie wann und wie tun wollen, um ein erkanntes Problem zu lösen, die Überlegung dann in die Tat umgesetzt und anschließend überprüft, ob sie das Problem tatsächlich gelöst hatten.

Um den Pflegeprozeß anwenden zu können, sind dagegen spezifische, theoretische Kenntnisse nötig. In allen Phasen des Pflegeprozesses müssen die

Pflegenden bestimmte festgelegte Regeln kennen und befolgen. Das britische Gesundheitsministerium z. B. hat den Erwerb der dafür notwendigen Kenntnisse in verschiedene "Clinical Grading Structures" (vergl.: Snowley, Nicklin & Birch, 1992, S. 109) unterteilt.

Den meines Erachtens wichtigsten Anlaß zur Kritik des Pflegeprozesses bieten die Forschungsergebnisse von Dreyfus & Dreyfus (vergl.: Dreyfus, 1986, S. 16 ff), deren Gültigkeit Benner auch für die Pflege als gegeben sieht:

> *„Zwischen den Stufen 'kompetent' auf der einen und 'erfahren' und der Expertenstufe auf der anderen Seite besteht ein Sprung, kein kontinuierlicher Übergang. Wenn nämlich diejenigen, die sich auf den beiden höchsten Stufen befinden, sich in ihrem Handeln auf bestimmte Einzelheiten oder formale Modelle und Regeln stützen sollen, verliert ihre Arbeit an Qualität."*
>
> (Benner, 1994, S. 55)

Dies bedeutet aber, daß die quasi zwangsweise Anwendung des Pflegeprozesses die Pflegenden dazu verdammt, auf der Stufe der „kompetent Pflegenden" zu verharren, was weder im Sinne der allseits geforderten Kosten-Nutzen-Effizienz noch im Sinne von Patienten und Pflegenden sein kann. Damit ließe sich vielleicht die Ablehnung, die vor allem Pflegende mit langer Berufserfahrung diesem Prozeß entgegenbringen, erklären.

Der Problemlösungsprozeß dagegen schränkt Pflegende nicht in diesem Maße ein. Sobald sie mit einem Problem konfrontiert werden, das ihre Kompetenz überschreitet, greifen sie ohnehin auf den Problemlösungsprozeß zurück. Sie haben dabei die Freiheit, dies dann zu tun, wenn ein Problem, also eine Schwierigkeit, auftaucht, die außerhalb der individuell bekannten Routine liegt.

2.3.4 Begriffliche Einordnung des Pflegeprozesses

Wie gezeigt, haben die Autoren der o. g. Definitionen den Pflegeprozeß unter die Oberbegriffe Modell, Arbeitsweise und Methode eingeordnet. Die Autoren von Artikeln in der Fachpresse tendieren ebenfalls überwiegend zu den Zuordnungen Modell (vergl.: Höhmann, 1994; Höhmann, 1996; Blank, 1996; Wittneben, 1988) bzw. Methode (vergl.: Höhmann, 1996; Miller, 1988). Allerdings tauchen auch Zuordnungen wie Instrument (Schaber, 1994) oder Schema (Blank, 1996) auf, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Die Mehrzahl der Autoren, die den Pflegeprozeß als Modell bezeichnen (vergl.: Blank, 1996; Krohwinkel, 1993; Mischo-Kelling, 1989; Wittneben 1988), beziehen sich dabei auf das 'WHO-Modell'. Es stellt sich die Frage, ob die Einordung auf einer bewußt gefällten Entscheidung oder aufgrund der Übertragung von „model" in „Modell" bzw. „method" in „Methode" beruht. Die einfache Begriffsübertragung kann lt. Tohsche (1993) zu einer Bedeutungsveränderung führen. Er geht nämlich davon aus, daß „der anglo-amerikanische Theoriebegriff ...mehr zum deutschen Modell- ... begriff neigt...". Die Schlußfolgerung liegt nahe, daß dies auch umgekehrt gilt.

Unabhängig von Problemen der Übersetzung, die einigermaßen zuverlässig nur Sprachwissenschaftler beantworten können, gestaltet sich die begriffliche Einordnung vielleicht auch deshalb so schwierig, weil es derzeit keinen Rahmen gibt, in den man etwas einordnen könnte.

Die Pflegewissenschaft in Deutschland steckt noch in den Kinderschuhen und hat noch keine eigene Sprache entwickelt. Es scheint vielmehr so, daß sie in ihrer Entwicklung dem anglo-amerikanischen Vorbild um einige Jahre nachhinkt und dermaßen mit der Übernahme dessen Leitgedanken beschäftigt ist, daß für eine eigene, vom anglo-amerikanischen Vorbild wirklich unabhängige Entwicklung weder Zeit noch Raum bleibt.
Wir werden deshalb

> *„auf die in den USA sehr intensiv geführte Diskussion um die für den Gegenstandsbereich der Pflegewissenschaft geeigneten Forschungsmethoden und terminologische Fragen“*
>
> (Steppe, 1993)

wohl noch einige Jahre warten müssen. (Fr. Steppe klammert bezeichnenderweise die Darstellung genau dieser Diskussion in ihrer Arbeit aus.)

Wenn man von den deutschen Bedeutungsinhalten der Begriffe Methode und Modell ausgeht, ergibt sich folgendes:

> *„**Methode** [griech. méthodos >Weg<, >Gang einer Untersuchung<, eigtl. >Weg zu etwas hin<] ... ein nach Gegenstand und Ziel planmäßiges (method.) Verfahren, die Kunstfertigkeit einer Technik zur Lösung praktischer und theoretischer Aufgaben (...), speziell das Charakteristikum für wissenschaftliches Vorgehen.“*
>
> *„**Modell** [italien. modello, zu lat. modulus >Maß<, >Maßstab<] ... 1) allg.: Muster, Entwurf, z. B. ...; Vorbild, Beispiel.“*
>
> (Brockhaus-Enzyklopädie, 1991)

Das heißt: Der Pflegeprozeß als Handlungs-Algorithmus wird im deutschen Sprachverständnis eher als Methode aufgefaßt, die innerhalb der verschiedenen Modelle der Pflege eingesetzt werden kann, um die pflegerische Arbeit in bestimmter Art und Weise zu strukturieren. Wenn wir diesen Pflegeprozeß aber als eine (nicht die!) Methode bezeichnen, dann verbietet sich der Begriff Pflegeprozeß in diesem Moment von selbst. Entweder „es“ ist ein Prozeß oder eine Methode – das eine schließt das andere aus.
Es müßte also für diesen „Pflegeprozeß“ eine neue Bezeichnung gefunden werden, um ihn gegenüber dem eigentlichen Pflegeprozeß abzugrenzen. Diese Bezeichnung könnte aus den Organisationswissenschaften abgeleitet werden, denn er ist eine Methode – unter anderen – zur Organisation der Pflegearbeit mit/für einen einzelnen Patienten (vergl.: KrPflAPrV, Anlage 1). Wenn im weiteren Verlauf des Textes vom Pflegeprozeß die Rede sein wird, ist damit nicht der Pflegeprozeß gemeint, wie er von den zitierten Autoren gesehen wird. Eine meines Erachtens nötige, sinnvolle Neubenennung muß in Zusammenarbeit von Pflegewissenschaftlern und Wissenschaftstheoretikern erarbeitet werden.

3 Versuch einer Neudefinition des Pflegeprozesses in Anlehnung an den pädagogischen Prozeß

3.1 Begründung

Es ist nicht unproblematisch, Aussagen einer Wissenschaft „einfach so" auf eine andere Wissenschaft zu übertragen. Aber der pädagogische Prozeß scheint als Grundlage für den Versuch, „Pflegeprozeß" neu zu definieren, besonders geeignet. Zwischen der Pädagogik und der Pflege gibt es nämlich etliche Handlungsparallelen. In beiden Berufen wird z. B. beraten, werden praktische Fertigkeiten geschult, Verhaltensänderungen angestrebt und eingeleitet, wird theoretisches Wissen vermittelt, angeleitet, ermutigt, unterstützt und gefördert und insgesamt Entwicklung gefördert (vergl.: Beier, 1994).

Abgesehen von dieser offensichtlichen Ähnlichkeit des Aufgabenprofils wird auch vom Gesetzgeber der pädagogische Aspekt betont, indem er den Pflegenden die "Anregung zu gesundheitsförderndem Verhalten" (KrpflG § 4 [1]) und "aktivierende Pflege" (Pflege VG § 6 [2]) vorschreibt. Beides zusammen fordert Pflegende dazu auf, sich ihrer pädagogischen Aufgaben bewußt zu werden und sie auch zunehmend zu erfüllen; beispielsweise indem sie mittels Beratung, Schulung, Aufklärung und Training dazu beitragen, den Patienten zu größtmöglicher Selbständigkeit zu führen bzw. ihm diese zu erhalten.

Eine pädagogisch orientierte Herangehensweise an den Pflegeprozeß erscheint mir geeigneter, pflegerisches Handeln zu strukturieren, weil hier die Linearität zugunsten einer Situationsorientierung aufgegeben wird:
Meyer (1988, S. 236 f) geht davon aus, daß der Unterrichtsprozeß sich „in konkreten, sinnlich-anschaulich erlebten und gestalteten Handlungssituationen" konstituiert, was m. E. auch der pflegerischen Realität wesentlich näher kommt. Der Ansatz der handlungsorientierten Didaktik betont besonders die aktive Beteiligung („mit Kopf, Herz und Hand") der Schüler und das dialogische Verhältnis von Lehrern und Schülern und bietet sich deshalb sinnvollerweise zum Vergleich mit der Pflege an. Handlungsorientierter Unterricht bedeutet, den Schüler zu möglichst selbständigem Handeln zu befähigen und zu aktivieren.

Der Anspruch, Pflegebedürftige zum selbständigen Handeln zu befähigen und zu motivieren, findet auch in der professionellen Pflege wachsende Beachtung, weil er einerseits gesamtgesellschaftliche Emanzipationsbedürfnisse aufgreift und andererseits einem zunehmenden Kostenbewußtsein Rechnung trägt.

3.2 Der Pflegeprozeß

3.2.1 Ein Definitionsvorschlag

Um zu einer größeren Klarheit und Präzision im wissenschaftlichen Ausdruck zu kommen, werden beide Wortteile hier zunächst einzeln und dann in ihrer Beziehung zueinander definiert. *Pflege* soll hier als Dienstleistung verstanden werden. Diese Dienstleistung wird von einer oder mehreren beruflich

Pflegenden dadurch erbracht, daß sie zielgerichtet physisch, psychisch und/oder geistig entwicklungsfördernde Situationen mit einem oder mehreren Patienten (und/oder deren Angehörigen/Freunden) gestaltet (vergl.: „Erziehung“ bei Beier, 1993).

Prozeß soll die gerichtete, „dynamische Aufeinanderfolge von verschiedenen Zuständen eines ... Systems“ (Klaus & Buhr, 1972), d. h. die dynamische, gerichtete Aufeinanderfolge o. g. Situationen sein.

Der *Pflegeprozeß* ist also die gerichtete, dynamische Aufeinanderfolge von Situationen, die gemeinsam von einer oder mehreren Pflegenden und einem oder mehrerer Patienten (und/oder deren Angehörigen/Freunde) zielgerichtet und entwicklungsfördernd gestaltet werden.

3.2.2 Die pflegerische Situation

3.2.2.1 Einführung

Der Schlüsselbegriff dieses Definitionsvorschlags ist der der Situation:
- Die Situation soll entwicklungsfördernd gestaltet werden.
- Die Situation soll gemeinsam von verschiedenen Menschen (Patient/ Pflegende/ Angehörige/Freunde des Patienten...) gestaltet werden.
- Situationen sollen dynamisch und gerichtet aufeinanderfolgen.

Was ist also eine pflegerische Situation?
Konstituierende, d. h. bestimmende Faktoren pflegerischer Situationen lassen sich in individuelle und formelle Faktoren einteilen.
Zu den formellen Konstituenten zählen:
– Raum,
– Zeit und
– Institution.
Diese stehen in permanenter Wechselwirkung mit den individuellen Konstituenten: – Werte,
– Einstellungen,
– individuelle Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse.

3.2.2.2 Bestimmungsgrößen der pflegerischen Situation

3.2.2.2.1 Formelle Bestimmungsgrößen der pflegerischen Situation

a) Raum

Mit Raum ist der tatsächliche Raum gemeint, in dem die pflegerische Situation stattfindet.

Es ist ein offensichtlicher Unterschied, ob z. B. das Aufstehen mit einem, durch einige Drainagen und Infusionen in seiner Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkten, Patienten in einem großzügig bemessenen Zimmer erfolgen

kann, oder ob man sich mit einem engen Drei-Bett-Zimmer begnügen muß, das noch dazu mit anderen Utensilien (Infusionsständer, Toilettenstuhl, Paravent, etc.) im wahrsten Sinne des Wortes vollgestopft ist.

b) Zeit

Jede pflegerische Situation ist durch einen Anfang und ein Ende zeitlich begrenzt.

Zeitmangel auf Seiten der handelnden Subjekte wirkt sich verständlicherweise negativ auf die pflegerische Situation aus. Hat die Pflegekraft „keine Zeit", äußert sich das in Streß, Hektik und Nachlässigkeit. Darauf reagiert der Patient u. U. mit Angst oder Unmut, was die Kommunikation erheblich stören kann. Aber auch Zeitmangel auf Seiten des Patienten kann sich störend auswirken, wenn er z. B. 'nie' anzutreffen ist.

c) Institution

Institutionen können sehr verschieden sein und jeweils unterschiedliche Arbeitsbedingungen bieten. Pflegerische Situationen im Zuhause des Patienten unterscheiden sich z. B. prinzipiell von solchen im Krankenhaus (das im Krankenhaus vorhandene hierarchische Gefälle von Pflegekraft zu Patient kehrt sich um). Durch Personalauswahl, Personalausstattung, Managementmethoden, Pflegephilosophie, Materialbereitstellung usw. nimmt z. B. auch der Träger einer Einrichtung mehr oder weniger offensichtlich Einfluß auf pflegerische Situationen.

3.2.2.2.2 Individuelle Bestimmungsgrößen der pflegerischen Situation

a) Werte

Werte stellen lt. Staehle (1990, S. 157) „das umfassende, situations-übergreifende Konzept" dar und können deshalb „lediglich als genereller Wegweiser von Verhalten angesehen werden".

In pflegerischen Situationen kann im Normalfall davon ausgegangen werden, daß Pflegende und Pflegebedürftige prinzipiell eine gleiche Wertebasis (z. B. Anerkennung der Menschenrechte als Minimalkonsens) haben. Ausnahmen sind aber durchaus denkbar und führen in der Regel zu massiven Schwierigkeiten oder machen sogar Pflege im obigen Sinn unmöglich. (Ein typisches Beispiel für derartige Wertkonflikte ist die Verweigerung von Bluttransfusionen durch Zeugen Jehovas.)

b) Einstellungen

> *„**Einstellungen** (...) können als individuelles, in sich geschlossenes und relativ stabiles System von Gedanken, Gefühlen und Handlungsprädispositionen charakterisiert werden, das menschliches Verhalten gegenüber Sachen und Personen in bestimmten Situationen beeinflußt."*
>
> (Staehle, 1990, S. 158)

Welche Bedeutung die Einstellungen für pflegerische Situationen haben können, veranschaulicht ein besonders drastisches Beispiel.
Ein Patient mit der Grundeinstellung, Krankenschwestern hätten primär eine Art „totalen Zimmerservice" zu gewährleisten, kommt ins Krankenhaus. Dieser Patient trifft nun auf eine Pflegekraft, die „Zimmerservice" als Bestandteil ihres Berufs rundweg ablehnt: kognitiv, weil jede Eigenaktivität des Patienten aus Gründen der verschiedenen Prophylaxen dringend geboten ist und emotional, weil sie sich als 'Zimmermädchen' sozial degradiert fühlt. Diese Pflegekraft wird vermutlich vom Patienten verlangen, daß er alle Aktivitäten, zu deren Durchführung er in der Lage ist, selbst übernimmt.
Der kognitive Aspekt seiner Einstellung hat seine Wurzeln vielleicht in Erzählungen aus seinem sozialen Umfeld. Emotional kann seine Haltung daher rühren, daß er sich wünscht, „verwöhnt zu werden" (vergl. auch: sekundärer Krankheitsgewinn, Regression). Als Handlungsprädisposition ergibt sich daraus die Tendenz zu weitgehender Passivität.
Fehlt es in einer solchen Situation auf Seiten der Betroffenen an sozial-kommunikativen Fähigkeiten (s. u. und 3.3 (3)) ist eine Eskalation des Konflikts unvermeidlich.

c) Individuelle Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse

Die Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse der Betroffenen (vor allem des Patienten und der Pflegenden) üben einen weiteren wichtigen Einfluß auf die pflegerische Situation aus. Unter diesen Begriffen wird inhaltlich folgendes verstanden:

> *„**Fähigkeit** liegt in einem Begriffsfeld mit Anlage und Disposition. ... Die Fähigkeiten entwickeln sich nur in ihrer Beanspruchung, im Gebrauch, in der Übung.*
> ***Fertigkeit** bezeichnet eine durch Übung erlangte fehlerfreie Perfektheit in der Durchführung nützlicher Tätigkeiten. ... Dabei bedeutet sie ... wegen ihrer Geläufigkeit und Fehlerfreiheit in hohem Maße eine Entlastung für die ‚höhere' geistige Tätigkeit.*
> ***Kenntnisse** ... [bezeichnen] das im Unterricht und Umgang erworbene Wissen von Tatsachen und sozusagen das ‚Material' des Denkens..."*
> (Odenbach, 1974)

Für die pflegerische Situation sind somit von besonderer Bedeutung:
– sozial-kommunikative Fähigkeiten,
– psychische Anpassungs- und Verarbeitungsfähigkeiten,
– physische und manuelle Fähigkeiten (im Sinne der Begabung/ Geschicklichkeit),
– physische und manuelle Fertigkeiten (im Sinne der Beherrschung einer Tätigkeit) und die
– Kenntnisse (im Sinne des angeeigneten Wissens) hinsichtlich aller die Erkrankung und deren Verlauf beeinflussenden Faktoren.

3.2.3 Pflegerisches Handeln in Situationen

3.2.3.1 Dimensionen pflegerischen Handelns

Eine Situation setzt sich aus formellen und individuellen Bestandteilen zusammen und bildet so das Aktionsfeld, innerhalb dessen Pflege stattfindet.

Wenn Pflegende eine beliebige Situation zur pflegerischen Situation machen, d. h. wenn sie entwicklungsfördernd wirken, nehmen sie gezielt Einfluß auf diese Situationen: Sie *handeln pflegerisch*.

In Anlehnung an Meyers Definition des methodischen Handelns (1988, Bd. 1, S. 21) besteht pflegerisches Handeln aus der Gestaltung pflegerischer Situationen „durch die zielgerichtete Organisation der Arbeit, durch soziale Interaktion und sinnstiftende Verständigung" mit dem Patienten. Pflegende müssen also nach Möglichkeit „Hand" (Arbeit), „Herz" (soz. Interaktion) und „Kopf" (sinnstiftende Verständigung) des Patienten ansprechen.

„Bettenmachen in Anwesenheit der Patienten" allein ist also noch kein pflegerisches Handeln. Erst wenn dieses „Bettenmachen" auf den Patienten bezogen wird, kann man von pflegerischem Handeln sprechen. Dieses Bezogensein ist z. B. dann gegeben, wenn das Bettenmachen die „Tarnung" für die Beobachtung des Patienten ist, oder wenn diese Zeit gezielt für Gesprächsangebote genutzt wird, usw..

Um die pflegerische Situation angemessen gestalten zu können, müssen Pflegende folgende Dimensionen beachten:

(1) Zieldimension,
(2) Inhaltsdimension,
(3) Sozialdimension,
(4) Handlungsdimension,
(5) Zeitdimension und die
(6) Dimension der Stationserfordernisse.

(modifiziert nach Meyer, 1988, S.222)

(1) Zieldimension

Das Ziel der angestrebten Entwicklung muß prinzipiell mit dem Patienten gemeinsam festgelegt werden. So können eventuell vorhandene Unterschiede zwischen den Handlungszielen des Patienten und den Pflegezielen der Pflegenden erkannt und minimiert werden.

Handlungsziele des Patienten sind „die Absichten, Motive und Gründe", derentwegen sich der Patient an der Pflege beteiligt oder die Beteiligung verweigert (vergl.: Meyer, 1988, Bd. 1, S. 90).

Das Pflegeziel auf der Ebene des Pflegeprozesses dagegen beschreibt, welche Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Patient nach Meinung der Pflegenden im Pflegeprozeß sich erhalten bzw. erwerben soll. Dieses „Grobziel" muß in den einzelnen Situationen zu „Feinzielen" (z. B. Patientenbeobachtung, um festzustellen, ob und wie er sich, vermeintlich unbeobachtet, bewegt) differenziert werden.

(2) Inhaltsdimension
In der Pflege gibt es – Im Gegensatz zur Pädagogik, die ihre Inhalte zumindest teilweise aus Vorgaben der Kultusministerkonferenz ableiten kann bzw. muß – keinerlei vorgeschriebene Inhalte.
Ich bin der Meinung, daß die Bedürfnisse des Patienten gut als Richtschnur für pflegerische Inhaltsbestimmung gelten können. Dabei scheint das hierarchische Bedürfnismodell nach Maslow für diesen Zweck geeignet und ausreichend.
Kommt z. B. ein Patient nach einer Beinamputation aus dem OP, hat er andere Bedürfnisse als am Entlassungstag. Am OP-Tag geht es vorrangig darum, Schmerzen zu lindern, Durst zu stillen, Ausscheidung zu ermöglichen und durch umfassende Überwachung für seine Sicherheit zu sorgen. An diesem Tag ist es relativ sinnlos, z. B. ein Lauftraining zum Inhalt der Pflege zu machen. Genauso abwegig wäre es, sich am Entlassungstag noch mit dem Flüssigkeitshaushalt des Patienten zu befassen, während ihn ganz andere Bedürfnisse beschäftigen.

(3) Sozialdimension
Die Sozialdimension erfaßt „die räumlich-organisatorischen, sozial-kommunikativen und moralisch-personalen Aspekte" (Meyer, 1988, S. 222) pflegerischen Handelns.
Unter diesem Begriff treffen also die Berücksichtigung der formellen Situationskonstituenten Raum und Institution und die Berücksichtigung der individuellen Situationskonstituenten Wert, Einstellung und sozial-kommunikative Fähigkeiten der handelnen Subjekte zusammen. Wenn wir hier noch einmal das bereits beschriebene Beispiel des Einstellungskonflikts (= Patient erwartet Zimmerservice von Krankenschwester) zur Verdeutlichung nutzen, könnte die Situation idealerweise z. B. dadurch bereinigt werden, daß Pflegekraft und Patient in der Lage sind, diesen Konflikt in angemessener Weise auszudrücken, ihren eigenen Standpunkt eindeutig zu vertreten, um dann auf dieser Basis zu einem – für beide Seiten – akzeptablen Kompromiß zu gelangen.
Die Praxis sieht leider oft anders aus: Sozial-kommunikative Fähigkeiten des Pflegepersonals werden in der Regel nicht gezielt geschult (vergl.: Domscheit et al., 1994, S.137 f).
Und selbst bei vorhandenen Fähigkeiten dieser Art ist es mehr als fraglich, ob die räumlich-organisatorischen Gegebenheiten im pflegerischen Alltag kommunikationsfördernd sind. Ich kenne jedenfalls keine Station, auf der ein Raum für ungestörte Gespräche zwischen Pflegenden und Patienten/Angehörigen zur Verfügung steht.

(4) Handlungsdimension
Unter Handlungsdimension werden die physische und manuelle Fähigkeit des Patienten und alle seine Kenntnisse verstanden, die den Erwerb und Erhalt von Fertigkeiten beeinflussen.
Eine gewisse physische Fähigkeit kann sehr hilfreich sein, um zu einer physischen Fertigkeit zu gelangen, z. B. nach der Beinamputation leichter den

sicheren Umgang mit Rollstuhl, Gehhilfen oder später mit einer Prothese zu erlernen. Manuelle Fähigkeiten und Kenntnisse über die Bedeutung der Hygiene, für z. B. die Wundheilung, erleichtern dem Patienten den Erwerb manueller Fertigkeiten (wie die adäquate Wundversorgung).
Selbstverständlich muß das Pflegepersonal dem Patienten dabei jeweils um mindestens einen Schritt voraus sein und auch zusätzliche Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse besitzen, die es ermöglichen, den Patienten beim Erwerb neuer Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse anzuleiten und zu unterstützen.

(5) Zeitdimension
Hierzu verweise ich auf den Punkt 3.2.2.2.1.b.

(6) Dimension der Stationserfordernisse
Betrachten wir den Zeitraum einer Dienstschicht als den übergeordneten situativen Rahmen pflegerischen Handelns, müssen wir auch diese Situation zielgerichtet gestalten. Dabei beeinflussen die Erfordernisse der jeweiligen Station (im Krankenhaus, in der Sozialstation, in anderen Pflegeeinrichtungen) einerseits die zur Verfügung stehende Zeit und andererseits auch z. B. die Reihenfolge der „Untersituationen" und die Organisation der gesamten Pflegearbeit. Wenn z. B. in einer Spätschicht im Krankenhaus eine examinierte Pflegekraft mit einer Schülerin und einem Praktikanten dreißig Patienten betreuen muß, bleibt ihr kaum eine andere Wahl, als die Gesamtarbeit mittels der Methode der 'Funktionspflege' zu organisieren, und bestimmte Situationen (Beratungssituation, psychische Betreuungssituation) von vornherein weitgehend auszuschließen. Würde derselbe Spätdienst von drei examinierten Kollegen versehen, wäre z. B. die Methode der „Zimmerpflege" (vergl. zur Wortwahl: 2.3.3, „Prozeßpflege") möglich; und es wären sogar Situationen wie „mit Patienten im Park spazieren gehen" denkbar.

3.2.3.2 Methoden pflegerischen Handelns

Das „Scharniergelenk" zwischen all diesen Dimensionen stellen meines Erachtens die Methoden pflegerischen Handelns dar. Sie strukturieren den Weg des Patienten von Anfang bis Ende des Pflegeprozesses und innerhalb jeder einzelnen pflegerischen Situation.
Deshalb wird hier *Methode*

> *„als Sammelbegriff für alle möglichen Einzelmaßnahmen und Verfahrensgesichtspunkte, die in ... Situationen Verwendung finden können und der Wegbesinnung als Möglichkeiten zur Verügung stehen"*
> (Roth & Roth, 1978, S. 27)

verstanden. Für diese sehr offene Definition habe ich mich entschieden, weil ich in keinem Lehrbuch der Krankenpflege einen Eintrag zu „Methoden der Pflegepraxis" o.ä. gefunden habe; auch die KrPflAPrV spricht im Anhang nur von Pflegemaßnahmen (8.6) und Pflegetechniken (8.7).

Obwohl es durchaus fragwürdig scheint, daß „alles Methode sein kann", ist diese Definition durch ihre begriffliche Weite jedoch gut geeignet, eine Diskussion über Begriffe anzuregen.

Außerdem erlaubt sie, zunächst eine umfassende Zusammenstellung des methodischen Handelns von Pflegenden anzufertigen. Später müßte z. B. zwischen Methoden, Maßnahmen und Techniken differenziert werden. Eventuell könnte man z. B. die Methode des „Fragens" in verschiedene Fragetechniken, wie z. B. offene und geschlossene Fragen aufschlüsseln.

Allerdings scheint die entsprechende Zuordnung von „Pflegepraktiken" wesentlich schwieriger zu sein. Man könnte zwar z. B. das Waschen eines Patienten als eine Methode zur Körperpflege bezeichnen, innerhalb derer verschiedene Waschtechniken (beruhigend, belebend, voll- oder teilkompensierend, ...) Verwendung finden, aber das beruhigende Waschen z. B. könnte auch eine Methode zur Einschlafförderung darstellen. Hier besteht noch Klärungsbedarf, der nur in enger Zusammenarbeit von Pflegepraktikern und Pflegetheoretikern gedeckt werden kann.

Trotz dieser Unklarheiten habe ich eine Übersicht zu den verschiedenen Methoden pflegerischen Handelns erstellt. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und soll als Anregung zu weiteren Diskussionen zur Terminologie der Pflegepraxis verstanden werden.

Methode zur Gestaltung einer pflegerischen Situation	Organisationsmethoden für die Gesamtpflege eines Patienten	Organisationsmethode für die Gesamtarbeit in einer Dienstschicht
• erklären • formulieren von Aufgaben/Arbeitsaufträgen • trösten • waschen • Fragen stellen • zum Fragenstellen auffordern • konfrontieren/provozieren • Wunden verbinden • kontrollieren/überwachen • (aktiv) zuhören • beobachten • demonstrieren • anleiten • bluffen/täuschen • üben • lagern •	• „Pflegeprozeß" • Problemlösungsprozeß •	• „Funktionspflege" • „Zimmerpflege" • „Gruppenpflege" • ....

Dazu ein Fallbeispiel: Eine Krankenschwester hat morgens „einen Patienten zu waschen“:
Sie weiß aus der Übergabe und der Pflegedokumentation, daß er siebzig Jahre alt ist, bei seiner Aufnahme voll orientiert und mobil war, wegen eines Prostataadenoms am Vortag endoskopisch prostatektomiert wurde, deshalb einen Dauerkatheter hat und in der Nacht zeitlich und örtlich desorientiert und agitiert war.

Sie weiß aus Erfahrung, daß die Verwirrtheit und Agitiertheit vermutlich nur passager sind und hält es deshalb für möglich, den Patient zum selbständigen Waschen zu motivieren und ihn dabei zu unterstützen. Aus ihrer Einschätzung der Stationserfordernisse ergibt sich für sie, daß ihr dazu nur maximal zwanzig Minuten Zeit zur Verfügung stehen. Mit diesen Kenntnissen begibt sie sich in die Situation und beobachtet zunächst, daß der Patient ruhig in seinem Bett liegt und, zumindest im Moment, nicht agitiert ist.

Dann überprüft sie ihre Erwartung, daß der nächtliche Zustand des Patienten nur passager war, indem sie versucht herauszufinden, ob und inwieweit der Patient physisch und geistig tatsächlich in der Lage ist, sich zu waschen.

Sie stellt sich dem Patienten vor und fragt ihn, ob er beim Waschen ihre Hilfe benötigt. Diese exploratorische Frage beantwortet er in einem aggressiven Tonfall, sagt, daß er sich gerade erst gewaschen hätte. Die Krankenschwester weiß nun, daß der Patient zwar noch immer verwirrt, aber zumindest eingeschränkt kommunikationsfähig ist.

Um zu klären, wie groß seine Verwirrung ist, stellt sie einige weitere einfache Fragen und erfährt so, daß er zu seiner Person und seinem familiären Umfeld voll orientiert ist, aber keine Angaben machen kann zu allem, was mit seinem Krankenhausaufenthalt zu tun hat. Deshalb erklärt sie ihm, wo er jetzt ist und was mit ihm geschehen ist.

Sie spürt zwar, daß er die Erklärung nicht wirklich versteht, stellt aber fest, daß er durch die erlebte Zuwendung entspannter und aufgeschlossener wird. Deshalb fordert sie ihn jetzt direkt auf, aufzustehen und zum Waschbecken zu gehen, „damit sie sein Bett machen könne“. Diese Methode des Täuschens trägt zwar vielleicht nicht zur Realitätsorientierung des Patienten bei, scheint der Krankenschwester aufgrund ihrer Erfahrung aber in Anbetracht der knappen Zeitressourcen am effektivsten. Er beantwortet diese Aufforderung mit „humorigem Genörgel“, ist aber bereit, der Schwester „diesen Gefallen zu tun“. Durch eine zuwendend-witzige Bemerkung der Krankenschwester wird diese Situation beendet und eine neue eingeleitet.
Die Krankenschwester hätte auch ganz andere Methoden zur Bewältigung der Situation wählen können; im Extremfall und ohne Erfahrung mit ähnlichen Situationen hätte sie auf der Basis der gegebenen Informationen z. B. auch die Methode der Ganzkörperwäsche wählen können; aufgrund seiner Verwirrtheit hätte der Patient vielleicht auch das „über sich ergehen lassen“.

Im Verlauf der kurzen Situation hat die Krankenschwester alle sechs in 3.2.3.1 beschriebenen Dimensionen berücksichtigt.

Zieldimension:
Sie hat ihr Pflegeziel, den Patienten zunächst zum Aufstehen zu bewegen, erreicht. Sie hat das Handlungsziel des Patienten (Zuwendung bekommen) nicht gewaltsam unterdrückt, sondern respektiert, erfüllt und dann geschickt ihrem Pflegeziel angenähert.

Inhaltsdimension:
Der Inhalt der Situation ist zuerst das vermeintliche Patientenbedürfnis nach Körperpflege und danach das tatsächliche Patientenbedürfnis nach Zuwendung, auch wenn dieser Wechsel auf Seiten der Krankenschwester eher intuitiv (s. S. ...) vollzogen wird.

Sozialdimension:
Räumlich-organisatorische Aspekte spielen in der beschriebenen Situation keine Rolle, werden aber relevant, wenn der Patient sich jetzt tatsächlich waschen will, und dazu z. B. nicht genügend Raum hat. Die Krankenschwester hat für diese Situation ausreichende, sozial-kommunikative Fähigkeiten bewiesen (auch wenn diese unter dem moralisch-personalen Aspekt nicht ganz einwandfrei waren). Die sozial-kommunikative Kompetenz des Patienten ist leicht eingeschränkt, denn er kann sein Bedürfnis nach Zuwendung nicht klar ausdrücken.

Handlungsdimension:
Die Krankenschwester erkennt die Fähigkeit des Patienten, sich zumindest teilweise selbständig zu waschen und wird ihn dazu bringen, seine Fähigkeit durch ihre Ausübung zu erhalten.

Zeitdimension und Dimension der Stationserfordernisse sind im Beispiel bereits beschrieben.
Außerdem kann man hier auch die dynamische Gerichtetheit der Situation(en) feststellen: Eine Situation bereitet die nächste (das Aufstehen ermöglicht das Waschen) und oft auch wesentlich spätere Situationen (präoperatives Üben ermöglicht früheres postoperatives Beherrschen einer Tätigkeit) vor.

4 Ausblick

4.1 Auswirkungen des Definitionsvorschlags auf Pflegepraxis und -management

Würde die Sichtweise des Pflegeprozesses als dynamisches, gerichtetes Geschehen in die pflegerische Praxis Eingang finden, hätte dies zunächst den Vorteil, daß diese Perspektive der pflegerischen Realität besser entspricht.

Nachteilig an dieser Pflegeprozeß-Definition könnte sich die Tatsache auswirken, daß man aus ihr keine verbindlichen Handlungsanweisungen ableiten kann. Aber auch die derzeit gängigen, deutschsprachigen Pflegeprozeß-Definitionen leisten dies nicht (wie in 2.3.1 gezeigt), weil sie nicht präzise zwischen

„Pflegeprozeß" und Problemlösungsprozeß differenzieren. Andererseits kann man die größere Entscheidungs- und Handlungsfreiheit in der Gestaltung des pädagogisch orientierten Pflegeprozesses durchaus auch positiv bewerten, da so weder Patient noch Pflegekraft gezwungen werden können, Wege zu gehen, die sie nicht gehen können oder wollen (z. B. über standardisierte Pflegepläne).

Außerdem wird in dieser Definition die ausschließliche Orientierung auf den Patienten ausgeweitet auf alle an der pflegerischen Situation Beteiligten (Patient/en, Pflegeperson/en u.a.). Vielleicht könnte dieser erweiterte Blickwinkel dazu beitragen, daß wir auch in der Pflege zu einer *allumfassenden Mitarbeiterorientierung* gelangen, die Peters & Waterman (1982, S. 279) neben der Kundenorientierung (S. 189) für ein entscheidendes Charakteristikum der „besonders erfolgreichen Unternehmen" halten.

Für die Managementebene bedeutet diese Blickweitung eine große Herausforderung. Sie muß mit dafür Sorge tragen, daß „wenn schon jeder Mitarbeiter machen kann, was er will, dann wenigstens alle ungefähr dasselbe wollen", d. h. sie müssen ein „sichtbar gelebtes Wertsystem" (Peters & Waterman, 1982, S.321) aufbauen. Ein Wertsystem, das kein reines Lippenbekenntnis ist, sondern von allen Mitarbeitern (auch vom Management) **gelebt** wird, wird „von selbst" zur Leitlinie des gemeinsamen Wollens werden.

Auch die hochaktuelle Qualitätssicherung gestaltet sich in einer derart großen Freiheit schwieriger als bei zwangsweiser Anwendung des Pflegeprozesses, da hierbei eine direkte, lineare Ableitung der Ziele und damit der Evaluationskriterien aus Anamnese/Diagnose erfolgt. Andererseits kann man dem mit Peters & Waterman (1982, S. 278) entgegenhalten:

> *„Die – vielleicht unerwartete – Kehrseite dieser Mitarbeiterorientierung ... (ist) ein sehr hohes Anspruchsniveau ... denn nichts wirkt anspornender als das Gefühl, gebraucht zu werden, und genau das macht die Wirkung hoher Erwartungen aus".*

Die größere Mitarbeiterorientierung dieses Definitionsvorschlags drückt sich auch in der Ermöglichung einer weitergehenden Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter aus. Erst wenn sie sich „aus den Fesseln des *Pflegeprozesses* befreien" dürfen, können sie sich zu *erfahrenen Pflegenden* und zu *Pflegeexperten* (Benner, 1984, S. 47 u. 50) entwickeln.

Erstmals wird die pflegerische Situation ausdrücklich in den Mittelpunkt des Interesses gerückt; wird pflegerisches Handeln wichtiger als patientenferne Schreibtischarbeit erachtet. Dies bedeutet aber keineswegs, daß Pflege nicht mehr geplant werden muß. Der schriftliche Plan könnte nur jetzt endlich in einer praktikablen Art und Weise aufgestellt werden (vergl.: Alexander, 1995); z. B. gemeinsam mit dem Patienten einen individuellen Rahmenplan erarbeiten, der nur kurze Angaben beinhaltet:

- zur angestrebten maximalen Dauer des Pflegeprozesses (im Krankenhaus: zum angestrebten Entlassungstermin),
- zum *Gesamtziel* des Pflegeprozesses,
- zu den Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die der Patient im Verlauf

des Pflegeprozesses erhalten bzw. erwerben will und soll,
– zu besonderen Situationen im Pflegeprozeß, d. h. Situationen, die stationsabhängig (betrifft auch hier *Stationen* in allen pflegerischen Einrichtungen) einer besonderen Vorbereitung und/oder Qualifikation des durchführenden Pflegepersonals bedürfen und
– zur anschließenden Weiterbetreuung des Patienten.

Selbstverständlichkeiten (z. B. „Patient kennt die Örtlichkeiten und kann nachts die Toilette ohne Probleme erreichen"; Mischo-Kelling, 1989, S. 367) oder die übliche Auflistung von Prophylaxen könnten dann in die Pflegedokumentation oder einen Durchführungsnachweis übernommen werden und so den Pflegeplan auch optisch entlasten.

Ein derartiger Plan ist weit genug formuliert, um Pflegekräften und Patienten ausreichend Handlungsspielraum zu lassen und eng genug formuliert, um kontrollierbar zu bleiben.

Die situativ verwendeten Methoden, also der Weg zur Erreichung dieser Ziele, müßten jeweils in der Pflegedokumentation notiert werden. Dabei wäre es hilfreich, eine gemeinsame Sprache zu entwickeln, die die Schreibarbeit weiter abkürzen, die aber auch perspektivisch zu einer „Entwicklung von klinischem Wissen" beitragen könnte (vergl.: Benner, 1984, S. 178).

Nochmals betont werden soll, daß eine derart große Freiheit vor Mißbrauch geschützt werden muß. Das Management hat durch „konsequentes Vorleben der Werte" für die „Wahrung des Wertsystems" zu sorgen und durch eine geeignete Personalpolitik dieses Wertsystem abzusichern (Kramer & Schmalenberg, 1990, S. 15 und 19).

4.2 Auswirkungen des Definitionsvorschlags auf Aus-, Fort- und Weiterbildung in der Pflege

In der Aus-, Fort-, und Weiterbildung würden sich durch diesen Definitionsansatz die Perspektiven deutlich verschieben. Neben dem Erwerb von Planungskompetenzen würde auch der Erwerb von Durchführungskompetenzen wieder zum Unterrichtsziel. Um wieder mit Peters und Waterman (1982, S. 55) zu sprechen: „Wir sind auch dagegen, daß alles ruht, weil zunächst einmal geplant werden muß – das verbreitete >>Analyse-Paralyse<<-Syndrom."

Es soll also keine Planlosigkeit propagiert werden, sondern lediglich die Relationen sollen etwas verändert werden, etwas mehr Betonung auf die situative Handlungskomponente und etwas weniger auf die Planungskomponente gelegt werden. Für die Lehre hieße das, Pflege nicht unabhängig von Situationskonstituenten und den Dimensionen pflegerischen Handelns zu vermitteln. Würden Lehrende das berücksichtigen, gäbe es die typischen Teilnehmerkommentare „Aber in der Praxis geht das doch nicht, weil..." viel seltener. Es bedeutet keinesfalls, daß wir mit all den Defiziten der Pflege weiterleben müßten und keine Möglichkeit hätten, etwas zu verändern. Es bedeutet lediglich, weder von Schülern noch von examiniertem Personal ein Handeln zu verlangen, das in keinem

Verhältnis zu den tatsächlich gegebenen Situationen steht. Lehrende müssen, diesem Definitionsansatz folgend, den Schülern bzw. den examinierten Kräften zuerst die Kompetenzen vermitteln, die sie zur Situationsveränderung benötigen, damit sie dann *besser* pflegen können. Die Patientenorientierung ergibt sich aus der Mitarbeiterorientierung.

Um die Situationsorientierung von Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogrammen zu betonen bzw. zu unterstützen, wäre es wünschenswert, alle Teilnehmer dazu zu verpflichten, sog. *Berichtshefte* zu führen, wie sie in anderen Ausbildungsberufen vorgeschrieben sind. Diese Berichtshefte hätten nicht primär den Charakter eines Tätigkeitsnachweises, sondern eher den eines reflektiven Tagebuchs. Hier sollten sog. paradigmatische Fälle, d. h. in Situationen gewonnene „Erlebnisse, die die Linse geformt haben, durch die klinisch Tätige ihre Arbeit wahrnehmen" (Benner, 1984, S. 179) aufgezeichnet werden. Das schult zum einen den schriftlichen Ausdruck, und zum anderen erlaubt es dem Teilnehmer rückblickend, seine eigene Entwicklung zu erkennen und somit aufgeschlossener im Umgang mit Mitarbeitern zu sein, die diese Entwicklung noch vor sich haben.

Außerdem muß vor allem in der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften ihr bereits erreichtes, situationsabhängiges Kompetenzniveau berücksichtigt und eine dementsprechende Lehrmethode verwendet werden (vergl. dazu die Anregungen Benners, 1984, S. 41 – 54).

4.3 Auswirkungen des Definitionsvorschlags auf Pflegewissenschaft und -forschung

Die Pflegeforschung müßte sich zunächst den pflegerischen Situationen zuwenden, um (für deutsche Verhältnisse) typische Pflegesituationen zu ermitteln und zu beschreiben. Die Kenntnis typischer Situationen wäre einerseits für Unterrichtende von großem Interesse, da sie den Weg zu einer situationsorientierten Lehre ebnen helfen könnte. Andererseits würde auch die Praxis von dieser Forschung profitieren, denn erst die genaue Kenntnis bestimmter Situationen und deren Auswirkungen auf alle unmittelbar und mittelbar an ihr Beteiligten eröffnet Möglichkeiten, Situationen wirksam zu verändern oder weiterzuentwickeln.

Die zweite wesentliche Aufgabe von Wissenschaft und Forschung läge darin, gemeinsam mit Pflegepraktikerinnen pflegerische Methoden zu identifizieren, zu beschreiben und zu definieren, damit sie anschließend auf ihre Einsatzmöglichkeiten und ihre Wirksamkeit überprüft werden könnten. Dabei wäre es von allgemeinem Interesse herauszufinden, ob sich die Anzahl der verwendeten Methoden und ihre Anwendungsweise im Laufe eines Berufslebens verändert und ob und wie man diese Veränderung gegebenenfalls beeinflussen kann. In diesem Zusammenhang müßte auch geklärt werden, wie und wann welche Pflegemethoden am besten gelehrt werden können. Dazu könnte z. B. die Entwicklung einer Hierarchie der Pflegemethoden nach ihrer Komplexität von Nutzen sein.

Unabhängig davon scheint es dringend geboten, eine Terminologie-Diskussion zu initiieren, damit die Pflege in Deutschland mittel- bis langfristig zu einer gemeinsamen Sprache finden kann.

5 Zusammenfassung und Schlußbemerkung

Mit meiner Arbeit habe ich zwei wesentliche Ziele verfolgt. Zum einen sollte der Pflegeprozeß, wie er in der aktuellen Fachliteratur definiert wird, kritisch reflektiert werden und zum anderen, darauf aufbauend, versucht werden, eine adäquatere Neudefinition dieses Begriffes zu formulieren. Zu diesem Zweck habe ich zunächst alle pflegerelevanten Gesetze analysiert und dabei festgestellt, daß der Gesetzgeber die Anwendung des Pflegeprozesses nicht vorschreibt.

Anschließend habe ich die Definitionen des Pflegeprozesses in der aktuellen, deutschsprachigen Fachliteratur zusammengestellt, analysiert und kritisch kommentiert. Auffallendstes Ergebnis dieses Untersuchungsschrittes war, daß es in den zitierten Quellen weder eine einheitliche Definition dieses zentralen Begriffs der Pflegepraxis noch eine einheitliche, schlüssige Einordnung in einen übergeordneten Rahmen gibt.

Diese Definitionen betonen die formale Struktur der Pflege, indem sie den Pflegeprozeß als Handlungs-Algorithmus beschreiben; man kann ihn deshalb nur als Methode und nicht als Prozeß bezeichnen. Die zitierten Autoren treffen auch keine klare Unterscheidung zwischen Pflegeprozeß und Problemlösungsprozeß.

Diese Erkenntnisse in Zusammenhang mit der Kritik, die vor allem Barnum (1979) und Benner (1984) an Pflege- und Problemlösungsprozeß äußern, erforderten eine Neudefinition, die im Kern davon ausgeht, daß der Pflegeprozeß eine dynamische, gerichtete Abfolge pflegerischer Situationen ist. Bei der Auseinandersetzung mit dem Schlüsselbegriff der *pflegerischen Situation* stellte sich heraus, daß es die *Methoden* pflegerischen Handelns sind, mit denen Pflegende diese Situationen maßgeblich gestalten.

Aus diesen Positionen ergeben sich weitreichende Konsequenzen sowohl für die Theorie als auch für die Praxis der Pflege, deren wesentlichste hier kurz beschrieben werden:
Die Pflegetheoretiker müssen sich sowohl der Erforschung der Situationen als auch der Erforschung der Methoden zuwenden und aus ihren Ergebnissen Empfehlungen für Praxis und Lehre ableiten.
Die Lehrenden der Pflege müssen erkennen, daß Pflege nicht unabhängig von pflegerischen Situationen zu lehren und zu lernen ist.
Die Pflegepraktiker dürfen die Befolgung von Handlungsvorschriften nicht mehr als Endziel ihrer Kompetenzentwicklung betrachten, sondern müssen darüber hinaus lernen, pflegerische Situationen gemeinsam mit allen daran Beteiligen kreativ zu gestalten, um sich so zu wirklichen Pflegeexperten i.S. Benners (1984) zu entwickeln.

Damit die hier vorgestellte Definition und die daraus abgeleiteten Forderungen nicht zur Anarchie in der Pflege führen, ist ein gemeinsam gelebtes Wertsystem als integratives Moment unabdingbar. Deshalb überlasse ich das Schlußwort Agnes Karll (25.03.1868 – 12.02.1927), die die Forderung nach einem Wertsystem folgendermaßen stellt:[1)]

> *„Vor allem müssen wir dahin streben, daß uns bei der besseren technischen Ausbildung nicht das für die Zukunft vorenthalten wird, was wir am nötigsten für unseren Beruf brauchen und was sich durch Gesetzesformeln schlecht festlegen läßt: eine ethische Vertiefung."*

1) Entnommen aus einer Postkartensammlung des DBfK oder des Agnes-Karll-Verbandes (o.J.)

6 Literaturverzeichnis

Alexander, Caroline (1995) *Getting the Basics Right: Putting Pride Back into the Nursing Process*. Referat gehalten am 01.12.1995 auf der „Second International Euroquan Conference and Exhibition on Quality and Nursing Practice/Workshop: Guidelines, Protocols and Standards". Maastricht, 01. – 02.12.1995.

Amdries, Adrian (1991) Probleme mit der Pflegeplanung. *Die Schwester/Der Pfleger 30*, S. 812 – 815.

Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 (BGBI I, S. 1973), zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. April 1993 (BGBI I, S. 512).

Barnum, Barbara J. Stevens (1979) *Nursing Theory: Analysis, Application, Evaluation*. 4th ed., Philadelphia: J.B. Lippincott, 1994.

Beier, Jutta (1993) *Situative Merkmale des Lehrens und Lernens an den beruflichen Bildungseinrichtungen: Reader und Vorlesung*. Unveröffentl. Manuskript.

Beier, Jutta (1994) *Grundformen pädagogischer Tätigkeit/Grundformen von Tätigkeiten der Gesundheitsfachberufe*. Unveröffentlichtes Seminararbeitsblatt.

Benner, Patricia (1984) *Stufen zur Pflegekompetenz: From Novice to Expert*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 1994. Original: *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1984.

Blank, Jéca (1996) Die Pflegedokumentation anhand des Pflegeprozesses. *Die Schwester/Der Pfleger 35*, S. 171 – 178.

Daily, Joann S. et al. (1992) Martha E. Rogers: Einheitliche Menschen. In Marriner-Tomey, Ann (Hg.) *Pflegetheoretikerinnen und ihr Werk*. Basel: Recom.

Domscheit, Stefan; Wingenfeld, Klaus; Grusdat, Matthias (1994) *Gutachten zur praktischen Krankenpflegeausbildung in Berlin: im Auftrag der Senatsverwaltung für Gesundheit des Landes Berlin*. Herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Referat Kranken- und Altenpflege, Berlin.

Dreyfus, Hubert L. (1986) *Mind over Machine*. New York: Macmillan/The Free Press (deutsch: *Künstliche Intelligenz*. Hamburg: Rowohlt, 1987).

Elsner, Burkhard (1995) Der Pflegeprozeß erfüllt die Hoffnungen in Deutschland nicht: Kann jetzt mit Pflegemodellen nachgebessert werden? *Die Schwester /Der Pfleger 34*, S. 91 – 98.

Fiechter, Verena; Meier, Martha (1990) *Pflegeplanung: Eine Anleitung für die Praxis*. 8. Aufl., Basel: Recom, 1992.

Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege (Krankenpflegegesetz – KrPflG) vom 04. Juni 1985 (BGBI I, S. 893) zuletzt geändert durch Gesetz vom 27. September 1993 (BGBI I, S. 1666).

Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I, S. 2266) zuletzt geändert durch Gesetz vom 18. Dezember 1995 (BGBl I, S. 1986): Artikel 13: Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege (Pflege-Personalregelung).

Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz) vom 26. Mai 1994 (BGBl I, S. 1014) zuletzt geändert durch Gesetz vom 15. Dezember 1995 (BGBl I, S. 1824).

Heath, Jean; Law, Gladys M. (1984) *Krankenpflege nach Maß: Krankenpflegeprozeß, was ist das? Eine praktische Einführung*. Herausgegeben von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Berlin, 1991.

Höhmann, Ulrike (1994) Pflegediagnosen: Babylonische Sprachverwirrung – Der Versuch einer Begriffserklärung. *Pflege Aktuell* 10/94, S. 582 – 584.

Höhhmann, Ulrike (1996) Das Elend mit der Pflegeprozeßdokumentation: oder wann springt der Hamster endlich aus dem Laufrad? *Pflege Aktuell* 1/96, S. 8 – 12.

Juchli, Liliane (1994) *Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. 7., neubearb. Aufl. Stuttgart, New York: Thieme.

Klaus, Georg; BUHR, Manfred; Hg. (1972) *Marxistisch-Leninistisches Wörterbuch der Philosophie*. Reinbek: Rowohlt.

Komp, Elisabeth; AMBROSIUS, Ingrid (1996) Pflegedokumentation auf einer Station in einem Altenpflegeheim. *Pflege Aktuell 1/96*, S. 13 – 16.

Kramer, Marlene; Schmalenberg, Claudia (1990) Magnet-Spitäler: Institutionen mit Spitzenleistungen (2. Teil). *Pflege 3*, S. 13 – 23.

Krohwinkel, Monika (1993) *Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexiekranken: Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung ganzheitlich-rehabilitierender Prozeßpflege*. „Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 16". Baden-Baden: Nomos.

LIEBSCH, H. (1992) Pflege. In Kohlhammer Verl. (Hg.) *Das neue Lehrbuch der Krankenpflege*. 4., erweiterte u. überarb. Aufl., Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, S. 21 – 28.

Maletzki, Walter; Stegmayer-Petry, Angelika; Hg. (1993) *Klinikleitfaden Krankenpflege: Krankheitsbilder, Pflegetechniken, ATLs, Überwachung*. Neckarsulm, Stuttgart: Jungjohann.

Meyer, Hilbert (1988) *Unterrichtsmethoden I: Theorieband*. 2. durchges. Aufl., Frankfurt / Main: Cornelsen Scriptor.

Miller, Audrey (1988) Wird die Pflegequalität durch die Anwendung des Pflegeprozesses beeinflußt?: Eine Untersuchung auf geriatrischen Stationen. *Pflege 1*, S. 94 – 102.

Mischo-Kelling, Maria; Zeidler, Henning (1989) *Innere Medizin und Krankenpflege*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg.

Müller, Ulla (1986) *Der Krankenpflegeprozeß: Methode der individuellen Ganzheitspflege, Leitfaden für das Krankenpflegepersonal*. 2. überarb. Aufl., Basel: Recom.

Needham, Ian (1990) Ansichten und Meinungen zum Pflegeprozeß: Eine hermeneutische Untersuchung von Aussagen in Fachschriftenartikeln. *Pflege 3*, S. 59 – 67.

Odenbach, Karl (1974) *Lexikon der Schulpädagogik: Begriffe von A – Z*. Braunschweig: Westerman.

Orem, Dorothea E. (1991) *Nursing: Concepts of Practice*. 4th ed., St. Louis, Baltimore, Boston etc.: Mosby Year Book.

Patrick, Maxine L. et al. (1986) *Medical-Surgical Nursing: Pathophysiological Concepts*. Philadelphia, London, Mexico City etc.: J.B. Lippincott.

Peters, Thomas J.; WATERMAN, Robert H. (1982) *Auf der Suche nach Spitzenleistungen: was man von den bestgeführten US-Unternehmen lernen kann*. 5. Aufl., München, Landsberg am Lech: mvg, 1994. Original: *In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*. Harper & Row, Publishers, Inc.

Rath, Eduard; Biesenthal, Uwe (1994) Pflegeplanung und Pflegedokumentation. *Pflegezeitschrift 47*, Beilage Pflegepraxis in Heft 12

Roper, Nancy; Logan, Winifred W.; TIERNEY, Alison J. (1987) *Die Elemente der Krankenpflege*. 3. Aufl., Basel: Recom, 1991.

Roth, Alois; Roth, Hans-Georg (1978) *Die Elemente der Unterrichtsmethode*. „Harms Pädagogische Reihe, Heft 37", herausgegeben von Rudolf Renard. München: Paul List.

Schaber, Annette (1994) Der Pflegeprozeß als Instrument der Qualitätssicherung im Krankenhaus: Ein Handlungsmodell für die innerbetriebliche Fortbildung. *Pflegezeitschrift 47*, Beilage Pflegepraxis in Heft 12.

Seidl, Elisabeth (1993) Pflegewissenschaft: Eine Annäherung an Begriff und Bedeutung. In Seidl, Elisabeth (Hg.) *Betrifft Pflegewissenschaft: Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin*. „Pflegewissenschaft Heute I". Wien, München, Bern: Wilhelm Maudrich.

Snowley, Gillian D.; Nicklin, Peter J.; BIRCH, John A. (1992) *Pflegestandards und Pflegeprozeß: Grundlagen pflegerischer Qualitätssicherung*. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby, 1994. Original: *Objectives for Care*. London: Times Mirror Int., 1992.

Staehle, Wolfgang H. (1990) *Management: Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive*. 5., überarb. Aufl., München: Franz Vahlen.

Steppe, Hilde (1993) Pflege als Wissenschaft: am Beispiel der Entwicklung in den USA. In Seidl, Elisabeth (Hg.) *Betrifft: Pflegewissenschaft: Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin*. „Pflegewissenschaft Heute I". Wien, München, Bern: Wilhelm Maudrich.

Tohsche, Jörg (1993) Pflegemodelle und Führungspraxis: 1.Teil. *Pflege 6*, S. 231 – 236.

Wittneben, Karin (1988) Der Pflegeprozeß im Spannungsfeld zwischen Pflegewissenschaft und Pflegepraxis: Informationstagung im Ev. Amalie-Sieveking-Krankenhaus in Hamburg. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift 5/88*, S. 338 – 342.